

**CARACTERÍSTICAS DEL CONTROL PRENATAL EN INDÍGENAS EMBERA
KATÍO DE TIERRALTA CÓRDOBA, 2017**

ELIANA ROSA NEGRETE ESCORCIA

YANNIN LORAINÉ ZAPATA MORELO

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
MONTERÍA – CÓRDOBA**

2017

**CARACTERÍSTICAS DEL CONTROL PRENATAL EN INDÍGENAS EMBERA
KATÍO DE TIERRALTA CÓRDOBA, 2017**

Trabajo de grado para optar título de Enfermera

ELIANA ROSA NEGRETE ESCORCIA

YANNIN LORAINÉ ZAPATA MORELO

ÁLVARO ANTONIO SÁNCHEZ CARABALLO MSc., PhD.

Asesor Metodológico

REGINA COGOLLO JIMÉNEZ RN., ESF., MSc.

Asesor Temático

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

MONTERÍA – CÓRDOBA

2017

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del jurado

Montería, 21 Noviembre de 2017

AGRADECIMIENTOS

Primeramente a Dios, porque ha sido mi refugio y fortaleza en tantos momentos de dificultad y dolor, nunca me ha abandonado, me ha cubierto con su manto, me ha cuidado como la niña de sus ojos.

A mi ángel más bello del cielo, a mi hermanita Elisabeth, que desde allá arriba me mira con ojos de amor, me protege de todo peligro, me da fortalezas, por siempre estará en mi corazón y en mi piel.

A las mujeres de mi vida, Mi súper abuela mami Rosa quien sin duda alguna ha sido mi ángel terrenal, quien ha secado mis lágrimas y me ha llenado de valores y enseñanzas incalculables en mi vida.

Mi madre Carmen Rosa Escorcía Hernández, ella, sin duda mi mejor amiga, la mejor madre, el mejor papá, la guerrera, la de las mil batallas, la de los consejos, la que ha sufrido este largo proceso conmigo y quien me ha dado ejemplo para salir adelante, me ha enseñado a ser independiente, este sueño no fuera posible sin su inagotable paciencia y amor, espero estar llenándote de orgullo.

Mi alma gemela, Mi Dani Dani, Mi hermana pelo largo y divino, a ti te debo mucho, has sufrido tanto como yo, pero espero que yo sea un buen ejemplo para ti, que mis errores te sirvan para ser alguien en la vida, por ti he sacado ánimo para terminar mi carrera.

A mi padre, Daniel Negrete, por preocuparse por mí, por comprenderme, porque a pesar de la distancia ha intentado estar cuando lo necesito.

A mi crespa, esa amiga incondicional Ada Ibáñez, quien me ha llenado de grandes consejos, de amor, comprensión y ternura.

No podría faltar mi felo, ese amigo que sin importar la distancia, mis antipatías, mis berrinches, se ha conservado a mi lado.

Al Baby Booh, a quien admiro por su inteligencia, amor y dedicación, una excelente persona y profesional que me ha brindado una de las más grandes enseñanzas a mi vida.

A todos mis familiares y amigos, quienes han puesto un granito de arena para que este sueño sea realidad. Ser una Enfermera.

ELIANA NEGRETE ESCORCIA

A Dios por ser mi motor, quien me ha otorgado la dicha de alcanzar mi gran sueño por un sendero lleno de grandes bendiciones y oportunidades.

A mi madre Luz Stella Morelo Daza por su apoyo incondicional, por ser mi guía, por hacer el papel de padre que le queda excelente, por sus infinitas ganas de verme hecha toda una profesional, por el valor demostrado para salir adelante, por sus consejos, sus valores, por su motivación constante que me ha permitido ser una mujer de bien, muchas gracias mamá.

A mi novio Juan Daniel Londoño Callejas, por su paciencia, por su amor y motivación para alcanzar mis sueños, por su apoyo incondicional, por ser esa persona que siempre esta cuando más lo necesito, mil gracias.

A toda mi familia que de una u otra manera siempre aportaron algo para cumplir con mi sueño de ser profesional, gracias a todos.

YANNIN ZAPATA MORELO

TABLA DE CONTENIDO

	Págs.
RESUMEN-----	11
ABSTRACT-----	12
INTRODUCCIÓN-----	16
1. OBJETIVOS-----	16
1.1 OBJETIVO GENERAL-----	16
1.2 OBJETIVOS ESPECIFICO-----	16
2. REFERENTE TEÓRICO-----	17
2.1 MARCO TEÓRICO-----	17
2.2 MARCO REFERENCIAL-----	24
2.3 MARCO LEGAL-----	27
2.4 MARCO CONCEPTUAL-----	29
3. DISEÑO METODOLÓGICO-----	31
3.1 TIPO DE ESTUDIO-----	32
3.2 ESCENARIO DE ESTUDIO-----	32
3.3 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO-----	32
3.4 UNIDAD DE ANÁLISIS-----	32
3.5 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN-----	32
3.6 PRUEBA PILOTO-----	32
3.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN-----	33
3.7.1 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN-----	33

3.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN-----	33
3.9 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES-----	33
4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS-----	34
5. CONCLUSIÓN-----	54
6. RECOMENDACIONES-----	56
BIBLIOGRAFÍA-----	57
ANEXOS-----	59

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Grupos de edad	
Tabla 2 Distribución según estado civil de la población	34
Tabla 3 Nivel educativo	36
Tabla 4 Estrato socioeconómico	37
Tabla 5 Tipo de gestantes	39
Tabla 6 Edad gestacional	41
Tabla 7 Consumo durante el embarazo.	43
Tabla 8 Forma de enterarse del embarazo	45
Tabla 9 Consulta para confirmar el embarazo	47
Tabla 10 Asistencia a Jaibaná	48
Tabla 11 Piensa que no necesita realizarse Control Prenatal	50

LISTA DE GRÁFICOS

		Pág.
Gráfico 1	Grupo de edad	35
Gráfico 2	Distribución según Estado civil	36
Gráfico 3	Nivel educativo	38
Gráfico 4	Estrato Socioeconómico	40
Gráfico 5	Tipo de gestante	42
Gráfico 6	Edad gestacional	44
Gráfico 7	Consumo durante el embarazo	46
Gráfico 8	Forma de enterarse del embarazo	48
Gráfico 9	Consulta para confirmar el embarazo	49
Gráfico 10	Asistencia a Jaibaná	51
Gráfico 11	Piensa que no necesita realizarse Control Prenatal	52

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A CONSENTIMIENTO INFORMADO	59
ANEXO B ENCUESTA	60
ANEXO C SOLICITUD DE INFORMACIÓN	63

RESUMEN

Investigación de tipo descriptivo transversal, con abordaje cuantitativo. Se realizó con la finalidad de determinar las características del control prenatal en las mujeres embarazadas Emberá Katíos, mediante la aplicación de una encuesta elaborada por los investigadores, a 15 mujeres indígenas embarazadas, residentes en el municipio de Tierralta-Córdoba.

Se encontró que el 60% de estas mujeres conviven en unión libre, el 40% tiene nivel educativo de secundaria incompleta, el 100% pertenece al régimen subsidiado, el 66,67% es de estrato 2, ello les permite recibir ayudas económicas de entes gubernamentales y no gubernamentales, el 100% son amas de casa, cuidan a sus niños, se encargan de todo los quehaceres del hogar para que cuando lleguen los maridos ya encuentren la comida hecha, y la vivienda en orden y limpia.

En el grupo de edades el 33,33% presentó igualdad de porcentajes, tanto menores de 15 años hasta mayores de 35 años, tipo de gestantes; el 86,67% son multigestantes, el 100% de las mujeres encuestadas comen frutas ya que en sus casas tienen cultivos de estas y consumen de lo que haya en temporada, el 73,33% asiste al Jaibaná (médico tradicional de su cultura) ya que este se caracteriza por confirmarles el embarazo, saber el sexo, atender el parto, con sus rezos, bebidas con plantas y bebidas alcohólicas, ellas manifiestan que las hace sentir mejor y no enfermar gracias a este médico.

Se concluye que a pesar de que estas mujeres están vinculadas al régimen subsidiado no hacen uso a ningún centro de salud, manifiestan que solo asisten al médico para saber cuánto tiempo tienen de embarazo y conocer el sexo del bebé.

Palabras claves: Control Prenatal, Cuidado, Embarazo, Indígenas Embera Katío.

ABSTRACT

Cross-sectional descriptive research, with quantitative approach. The purpose of this study was to determine the characteristics of prenatal control in pregnant women Emberá Katíos, through the application of a survey developed by the researchers, to 40 pregnant indigenous women residing in the municipality of Tierralta-Córdoba.

It was found that 60% of these women live in a free union, 40% have incomplete secondary education, 100% belong to the subsidized regime, 66.67% are from stratum 2, this allows them to receive financial aid from entities governmental and non-governmental organizations, 100% are housewives, take care of their children, take care of all the housework so that when the husbands arrive and they find the food made, the house is clean and orderly.

In the age group 33.33% presented equal percentages, since these women get pregnant at any age and as many times as the husband wants, type of pregnant women; 86.67% are multi-active, 100% of the women surveyed eat fruits since in their homes they have crops of these and consume of what is in season, 73.33% attend the Jaibana (traditional doctor of their culture) since it is characterized by confirming the pregnant woman, knowing the sex, attending the birth, with her prayers, drinks with plants and alcoholic beverages, they say that makes them feel better and not get sick thanks to this doctor.

It is concluded that although these women are linked to the subsidized regime do not use any health center, they state that they only attend the doctor to know how long they are pregnant and to know the sex of the baby.

Key words: Prenatal Control, Care, Pregnancy, Embera Katío Indians.

INTRODUCCIÓN

El Control prenatal según la Organización Mundial de la Salud OMS, “es la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de lo grávida con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y también obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza”¹.

Con respecto a la forma como se lleva esta actividad en las comunidades, se ha encontrado que está influenciada por aspectos tales como la cultura, costumbres, creencias entre otras. Los controles prenatales durante la gestación, “se inician alrededor de la semana 12, las consultas de seguimiento por médico o enfermera deben ser mensuales hasta la semana 36 y luego cada 15 días hasta el parto”².

En Colombia el sistema de salud brinda estos controles de manera gratuita a todas las comunidades, en todos los rincones del país, en Centros de salud, CAMU y Hospitales de primer nivel.

La supervivencia materna e infantil sigue siendo un reto en muchos territorios y se considera un problema de salud pública en Colombia, con grandes brechas entre regiones y personas según su riqueza y su ubicación rural o urbana. En promedio, en mujeres indígenas la tasa de mortalidad materna es 5 veces superior a la nacional: mientras en el año 2013, dicha mortalidad se ubicó en 55.2 x 100.000 nacidos vivos en el país, para las mujeres indígenas fue de 355.6 x 100.000 nacidos vivos³.

¹ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD OPS –ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OMS. Boletín del Centro Latino Americano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP). Disponible en: http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/BOLETIN%2010.pdf. Citado Febrero 27 de 2017.

² MINISTERIO DE SALUD. Resolución 0412 de 2000. Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo. p. 11. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/norma-tecnica-para-la-deteccion-temprana-embarazo.pdf>. Citado Febrero 27 de 2017.

³ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD INS – ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD OPS – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OMS. Resultados de la implementación del sistema de vigilancia de la mortalidad materna basada en la Web, Colombia, 2015. Disponible en: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=2698:resultados-de-la-implementacion-del-sistema-de-vigilancia-de-la-mortalidad-materna-basada-en-la-web-colombia-2015&catid=683:pwr-office-colombia&Itemid=361. Citado marzo 1 de 2017.

Por diversas razones y su cultura, “El pueblo Emberá Katío del Alto Sinú presenta una elevada tasa de mortalidad, que es superior al doble de la tasa de mortalidad nacional; además, la tasa de mortalidad infantil es 3.2 veces mayor que la tasa nacional”⁴, lo anterior está relacionado con la culturalización de las comunidades indígenas y la asistencia a Controles prenatales, el cual está regulado por sus tradiciones ancestrales.

Durante las prácticas formativas en una ESE se observó que las indígenas Embera Katíos embarazadas llegan al parto institucional sin Control prenatal previo, ni evidencias de historia clínica y exámenes respectivos, lo cual es un problema de salud para la población maternoinfantil para la atención institucional del parto y puerperio, ya que presentaban anemia, así como la atención del recién nacido quienes presentaban bajo peso al nacer.

La mortalidad materna y perinatal es de gran importancia en salud pública, sobre todo por los altos índices de la tasa de mortalidad en Colombia, donde influyen muchos factores, físicos, biológicos, culturales, sociales, entre otros. Según los resultados de la implementación del sistema de vigilancia de la mortalidad materna basada en la Web, Colombia, 2015 arrojó estos resultados:

Condición de vulnerabilidad social: “del total de mujeres embarazadas fallecidas, el 3,9% (n=7) eran indígenas y el 7,7% (n=14) afrodescendientes que residían en los departamentos de Antioquia, Chocó, Bolívar, Cesar, La Guajira, Magdalena, Tolima, Valle del Cauca, Putumayo y en el Distrito de Bogotá”⁵.

⁴ MINISTERIO DEL INTERIOR. SIIC SISTEMA DE INFORMACIÓN INDÍGENA DE COLOMBIA. Plan de salvaguarda étnica del pueblo Embera Katío del Alto Sinú. p. 37. Disponible en: [http://observatorioetnicocecoin.org.co/cecoin/files/P_S%20Ember%C3%A1%20\(C%C3%B3rdoba\).pdf](http://observatorioetnicocecoin.org.co/cecoin/files/P_S%20Ember%C3%A1%20(C%C3%B3rdoba).pdf). Citado Febrero 27 de 2017.

⁵ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD INS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD OPS – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OMS. Resultados de la implementación del sistema de vigilancia de la mortalidad materna basada en la Web, Colombia, 2015. p. 12. Disponible en: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=2698:resultados-de-la-implementacion-del-sistema-de-vigilancia-de-la-mortalidad-materna-basada-en-la-web-colombia-2015&catid=683:pwr-office-colombia&Itemid=361. Citado marzo 1 de 2017.

Las causas de muerte materna por hemorragia, “sépsis e hipertensión son dos veces mayor en población indígena que no indígena. Teniendo en cuenta las zonas rurales dispersas, en las que se presentan complicaciones relacionadas con el tiempo prolongado del trabajo de parto (más de 24 horas), ruptura de útero por obstrucción, hemorragias severas, retención de la placenta y muerte puerperal”⁶.

Colombia tiene municipios con alta población indígena, donde “el porcentaje de mujeres embarazadas con cuatro o más controles prenatales para el año 2014 fue del 30%, mientras que la media nacional fue de 88,6%. En la mayoría de los pueblos indígenas se reportaron barreras geográficas (distancias, escasez de transporte), económicas y culturales para el uso de los servicios de salud”⁷.

El estudio aporta al cuidado de Enfermería en población indígena y al cuidado de la embarazada indígena.

Fortalece la línea de investigación “La salud en el contexto social” de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad de Córdoba y al Grupo de investigación Familia Saludable del Programa Enfermería.

⁶ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD OPS – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OMS. Reducción de la mortalidad materna y neonatal con enfoque intercultural de derechos y de género. p.16. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33713/9789275319314-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Citado 1 marzo 2017.

⁷ Ibid., p. 17.

1. OBJETIVOS

1.1 GENERAL

Determinar las características del Control prenatal de la población Emberá Katío de Tierralta, Córdoba, con el fin de proponer estrategias de intervención para contribuir a mejorar la salud materno infantil de esta población.

1.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar la población según aspectos sociodemográficos.
- Identificar la morbilidad en las embarazadas Emberá Katío.
- Describir las creencias culturales para el Control prenatal en las mujeres indígenas Emberá Katío.
- Proponer estrategias de intervención para contribuir a mejorar la salud materno infantil de esta población.

2. REFERENTE TEÓRICO

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1 Teoría General De La Enfermería De Orem

En este estudio se tuvo en cuenta la Teoría General de la Enfermería de Dorothea Orem de 1.971 que trata del Autocuidado⁸, está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí:

- Teoría del Autocuidado, que describe y explica el autocuidado.
- Teoría del Déficit del autocuidado, que describe y explica porque la gente puede ser ayudada mediante la Enfermería.
- Teoría de Sistemas de enfermería, que describe y explica el modo y las relaciones que se deben dar y mantener para que exista el cuidado enfermero.

Las tres teorías que configuran el Modelo fueron presentadas por Orem en 1980 y su clasificación se hizo evidente en 1985.

2.1.1 Teoría del Autocuidado

Según Orem el autocuidado es “el conjunto de acciones intencionadas que realiza o realizaría la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior”⁹.

⁸ MARRINER TOWEY, Ann y RAILE ALLIGOOD, Martha. Teoría General de la Enfermería. Elsevier. Barcelona, p. 13.

⁹ Ibid. p.12.

Explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia, “el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo”¹⁰.

“El autocuidado es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás, o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”¹¹. Con este modelo el cuidado es intencionado, tiene objetivos específicos, los inicia y orienta la propia persona; es eficaz y fomenta la independencia.

2.1.1.1 Contenido del modelo – conceptos: Orem en 1986 explicó que la Teoría General de marco conceptual del autocuidado está constituida por seis conceptos centrales y uno circundante. Los seis centrales son autocuidado, agencia de autocuidado, demanda de autocuidado terapéutico, déficit de autocuidado, agencia de enfermería y sistemas de enfermería. El concepto periférico son los factores condicionantes básicos. Estos conceptos son discutidos dentro del contexto de los conceptos del metaparadigma de la Enfermería¹²: persona, entorno, salud y cuidados de enfermería.

Persona: Describió al ser humano como una unidad con un funcionamiento biológico simbólico y social. El concepto de autocuidado, en el marco conceptual del autocuidado, se centra en la capacidad de la persona para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento, en interés de su vida, su salud o su bienestar. Orem utilizó la palabra “auto” para representar “el ser en su totalidad” y señaló que el autocuidado aportaba la doble connotación “por uno mismo” y “para uno mismo”.

¹⁰ Ibid., p. 1

¹¹ Ibid., p. 13

¹² Ibid., p. 13.

Entorno: entorno humano en términos de “características físicas, químicas, biológicas y sociales, que pueden interactuar”. Se pueden encontrar entre otros factores, componentes gaseosos de la atmósfera, humos y polución del aire; características geográficas de la corteza terrestre; animales domésticos, salvajes; organismos o agentes infecciosos; características sociales y familiares que varían la edad y el rol que desempeñe el individuo, como autoridad, derechos, deberes; localización témpora-espacial de los miembros ; dinámicas familiares; recursos de la familia; y en cuanto a la comunidad, se pueden mencionar aspectos como recursos y medios para la vida cotidiana de los miembros; métodos de financiación, etc.

Salud: “el estado de la persona que se caracteriza por la integridad o estabilidad de las estructuras humanas desarrolladas y del funcionamiento mental y corporal”. También la definió como el funcionamiento humano integral. La salud abarca de manera inseparable los aspectos físico, psíquico, interpersonal y social, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

Cuidados de Enfermería: distingue la enfermería de la medicina señalando que los médicos se centran en los procesos de la vida del paciente cuando estos sufren alguna lesión o enfermedad y el profesional de enfermería se centra en el cuidado terapéutico continuo que requiere el paciente. Enfermería es sinónimo de cuidado. El objetivo de la disciplina, es “ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico”.

2.1.1.2 Requisitos de autocuidado: “Para lograr el propósito de mantener nuestro bienestar, salud y desarrollo, todos los seres humanos tenemos requisitos que son básicos y comunes a todos, según esta autora existe tres tipos de requisitos de autocuidado: Los requisitos universales, del desarrollo y de alteraciones o desviaciones de salud”¹³.

¹³ Ibid., p. 13.

Requisitos de Autocuidado Universales (R. A. C. U.): Son los que precisan todos los individuos para preservar su funcionamiento integral como persona humana. Son parte de nuestra condición vital, entre ellos están el aire, los líquidos, alimentos, asegurar la eliminación urinaria e intestinal; mantener un balance entre el autocuidado y el descanso, entre la interacción social, la prevención de daños y accidentes y el tratar de lograr la normalidad¹⁴.

Son requisitos de autocuidado universales porque son independientes del estado de salud, desarrollo, edad y del entorno. Son comunes a todos los individuos y son ocho:

Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.

Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

Mantenimiento del equilibrio entre el reposo y la actividad.

Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.

Provisión de cuidados asociados con la eliminación y los excrementos.

Prevención de riesgos y peligros para el bienestar humano.

Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.

Requisitos de Autocuidado del desarrollo. Surgen como resultado en los distintos momentos de los procesos del desarrollo o evolutivo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez, porque varían en períodos específicos del ciclo vital y pueden afectar positiva o negativamente ese crecimiento (Ej. El embarazo y la menopausia), o de estados que afectan el desarrollo humano (Ej. La pérdida de un ser querido o del trabajo). Para nadie es desconocido que una alimentación inadecuada, no sólo afectará el crecimiento del niño, sino que tendría repercusiones a edades avanzadas, en la etapa del adulto mayor. Una muestra de ellos es el estado bucal de nuestra población, se puede predecir perfectamente que buenos hábitos en salud bucal, lograrán que el adulto mayor conserve un

¹⁴ Ibid., p. 12.

buen estado de su dentadura. Lo mismo puede decirse del ejercicio y la actividad física mantenida durante toda la vida.

Son requisitos de autocuidado del desarrollo porque son comunes en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez, son tres:

- Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración.
- Prevenir la aparición de condiciones adversas.
- Mitigar los efectos de dichas situaciones.

Requisitos de Autocuidado de alteraciones o desviaciones de la salud.

Surgen o están vinculados a los estados de salud. Son las alteraciones de salud o enfermedades que crean otros tipos de demanda que son específicas. Ej. Los que se derivan de traumatismos, incapacidad, diagnóstico y tratamiento médico e implican la necesidad de introducir cambios en el estilo de vida y hábitos.

Orem plantea que las actividades de autocuidado se aprenden conforme el "individuo madura y son afectados por creencias, culturales hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. La edad, etapa del desarrollo y estado de salud, pueden afectar la capacidad del individuo para realizar actividades de autocuidado.

Factores condicionantes básicos para el autocuidado: Según Orem, la capacidad de la persona para llevar a cabo la clase y la cantidad de autocuidado requiere la influencia de los factores internos y externos denominados factores condicionantes básicos, como son: La edad, el sexo, el estado de desarrollo o etapa del ciclo vital individual, el estado de salud: sano, enfermo, la orientación sociocultural: herencia, estilo de vida, inactividad física o sedentarismo, los diagnósticos y tratamientos médicos: alcoholismo, tabaquismo, colesterol, obesidad, hipertensión arterial, los factores del sistema familiar: ciclo vital y tipología familiar, los factores ambientales y la disponibilidad y adecuación de los recursos.

Según Orem, “existen factores modificables relacionados con variables demográficas (edad, sexo, raza, etnia) y variables psicosociales (personalidad, clase social, pares y grupos de presión de referencia, conocimiento acerca de la enfermedad, contacto anterior con la enfermedad)”¹⁵.

Las actividades de autocuidado se aprenden conforme el individuo madura y son afectados por creencias, cultura, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. La edad, etapa del desarrollo, y estado de salud, pueden afectar la capacidad del individuo para realizar actividades de autocuidado. Por tanto, se hace necesaria la intervención de Enfermería que va mas allá de la creencia y cultura indígena en el control prenatal, con esta intervención se puede profundizar en las necesidades evidenciadas por el déficit o la capacidad de ejercer autocuidado. Como quiera que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. el rol de enfermería incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones con actividades tanto educativas como terapéuticas en esta población indígena.

2.1.2 Control Prenatal

El Control Prenatal es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que ayudan a “identificar los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos, a fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo”¹⁶.

¹⁵ Ibid., p. 13.

¹⁶ MINISTERIO DE SALUD. Resolución 0412 de 2000. Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo. p. 6. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/norma-tecnica-para-la-deteccion-temprana-embarazo.pdf>. Citado octubre 19 de 2017

Tiene como objetivo “vigilar la evolución del proceso de la gestación de tal forma que sea posible prevenir y controlar oportunamente los factores de riesgo biopsico-sociales que incidan en el mencionado proceso, detectar tempranamente las complicaciones del embarazo y en consecuencia orientar el tratamiento adecuado de las mismas, ofrecer educación a la pareja que permita una interrelación adecuada entre los padres y su hijo o hija desde la gestación”¹⁷.

En la primera consulta prenatal se busca evaluar el estado de salud, los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales asociados al proceso de la gestación para determinar el plan de controles. “Las consultas de seguimiento por médico o enfermera deben ser mensuales hasta la semana 36 y luego cada 15 días hasta el parto”¹⁸.

Teniendo en cuenta que los últimos 2 controles prenatales deben ser realizados Cuál es el rol de enfermería en por médico con frecuencia quincenal, para orientar a la gestante y su familia sobre el sitio de la atención del parto y del recién nacido y diligenciar en forma completa la nota de remisión.

El control prenatal por la Enfermera profesional son el conjunto de actividades realizadas por a aquellas gestantes clasificadas por el médico en la primera consulta como de bajo riesgo, para hacer seguimiento al normal desarrollo de la gestación y detectar oportunamente las complicaciones que puedan aparecer en cualquier momento.

En el carné materno, se deben registrar los hallazgos clínicos, la fecha probable del parto, los resultados de los exámenes para clínicos, las curvas de peso materno, altura uterina y tensión arterial media y las fechas de las citas de control. El equipo de salud, en especial el médico y la enfermera, deberán intervenir y controlar los riesgos biológicos, nutricionales y psicosociales encontrados.

¹⁷ Ibíd, p. 6.

¹⁸ Ibíd., p.11

El personal de enfermería cumple una labor muy importante en la identificación de riesgos determinando cuál será el paso a seguir, en caso de encontrar riesgos que implique manejo en otro nivel de complejidad, “en la nota de remisión, se deben consignar todos los datos de la historia clínica, los resultados de los exámenes para clínicos y la causa de la remisión, asegurando su atención en el otro organismo de salud”¹⁹.

2.2 MARCO REFERENCIAL

En México, un estudio realizado por 3 docentes de la Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Autónoma del Estado de México, buscaba identificar la percepción de la embarazada indígena sobre la atención recibida durante el control prenatal, con la finalidad de proponer un programa de seguimiento que permita reconocer a mujeres con riesgo durante el embarazo, así como favorecer la viabilidad para ella y su hijo.

Para ello, escogieron a 9 mujeres en estado de gestación de los centros rurales dispersos que se encuentran en la coordinación municipal de Temascalcingo, posteriormente se realizó una invitación a las diferentes embarazadas escogidas y se recolectaron los datos a partir de una entrevista semi estructurada, arrojando los siguientes resultados

En relación con la percepción de las embarazadas, éstas consideran que los centros de salud rurales dispersos no son accesibles de acuerdo con su ubicación geográfica; las mujeres indígenas son discriminadas de diferentes maneras, en diversas ocasiones no les otorgan la consulta, ni respetan los turnos de las mismas y el proceso de referencia de las mujeres embarazadas hacia el segundo nivel, no da los resultados esperados, a pesar de que se realicen las actividades adecuadas en el primer nivel en la atención prenatal²⁰.

¹⁹ *Ibíd.*, p.11

²⁰ ÁNGELES, Gloria; ROJAS, Flaviano; MACIEL, Alejandra. Percepción de la embarazada sobre la atención brindada en el Control Prenatal. p. 9. Disponible en:

La investigación evidencia que la insatisfacción percibida por la mujer embarazada indígena va encaminada al trato que reciba por el personal médico, que a pesar de su condición social es importante su atención y que no por tratarse de mujeres indígenas deban recibir una discriminación o maltrato, ya que también se documenta una asociación entre la satisfacción de las usuarias y su disposición para regresar a los servicios o establecimientos de salud.

Otro estudio realizado en Colombia que trata sobre Indígenas gestantes en la ribera del Amazonas: conocimientos, actitudes y prácticas. Realizado por la Secretaría Municipal de Salud y Protección Social de Leticia, Amazonas, Colombia.

En este estudio se realizó búsqueda activa comunitaria (BAC) de todas las gestantes de las diecinueve comunidades indígenas habitantes de la zona rural del municipio de Leticia en la ribera del río Amazonas y sus afluentes, con el apoyo del promotor de salud que a su vez es un traductor de la lengua indígena quien representa la salud en cada comunidad. Arrojó los siguientes resultados

73 gestantes ubicadas con BAC, de la etnia Ticuna (56,2%), Cocama (19,2%), Yagua (8,2%), Huitoto (2,7%), Ocama (1,4%) y mestizas (12,3%); distribuidas por grupo etario: 16-18=(20,5%), 19-26=(41,1%), 27-34=(26,0%) y 35-48=(12,3%). Control prenatal: insuficiente (64,4%), sin control (21,0%). De acuerdo con la edad como factor de riesgo, 32,9% se encontraban en alto riesgo, de ellas 20,5% en el rango de 16-18 años y 12,3% en el de 35-48, partos: en los últimos dos años (74,0%); más de cuatro (28,8%); planificación post-parto: con inyección (38,1%), ligadura (23,8%)²¹.

http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/1_percepcion.pdf. Citado: abril 24 de 2017.

²¹ ACOSTA INFANTE, Yenica y SEGURA, Omar. Indígenas gestantes en la Ribera del Amazonas, Colombia, 2009: conocimientos, actitudes y prácticas. p. 6. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v13n22/v13n22a02.pdf>. Citado: Citado: abril 24 de 2017.

La Organización Mundial de la Salud en acción con la Organización Panamericana de la Salud, la UNICEF y el PMA (Programa Mundial de Alimentos) se unen para desarrollar una iniciativa inter - agencia y contribuir con el país en la reducción de la mortalidad materna y neonatal en pueblos indígenas.

A través de estas estrategias se realizaron estudios donde se evidenció que, “la Razón de Mortalidad Materna – RMM es 1.72 veces más alta en los departamentos de quintil con mayor proporción de necesidades básicas insatisfechas (Vaupés, Sucre, Córdoba, La Guajira, Vichada y Chocó. Así mismo, la RMM es más alta en poblaciones vulnerables; mientras en el país la RMM se ubicó en 55.2 x 100.000 nacidos vivos en el año 2013, en los indígenas, para el mismo año fue de 355.6 x 100.000 nacidos vivos”²².

Uno de los puntos que se evaluaron fue el Comportamiento de mortalidad materna y neonatal a partir de fuentes secundarias, tomó como fuente de datos el Sistema de Estadísticas Vitales de Colombia (DANE) a partir del 2008, año en que se incluye la variable etnia en los certificados de defunción, hasta 2013.

Se evidenció desventajas de la población indígena comparada con la no indígena, relacionadas con el embarazo a edades tempranas, no haber recibido asistencia médica, vivir en zonas rurales dispersas y tener baja o nula escolaridad. La mayor proporción de muertes maternas y neonatales ocurre en mujeres y madres de neonatos indígenas con bajo o ningún nivel educativo, el riesgo de muerte es 10 veces mayor respecto a las no indígenas; en mujeres indígenas de 10 a 14 años el riesgo es cuatro veces mayor, además de pertenecer al régimen subsidiado y haber tenido el parto en el domicilio²³.

²² INSTITUTO NACIONAL DE SALUD - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD OPS – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OMS. Reducción de la mortalidad materna y neonatal con enfoque intercultural de derechos y de género. p. 13. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33713/9789275319314-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Citado 14 noviembre 2017.

²³ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD OPS – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OMS. Reducción de la mortalidad materna y neonatal con enfoque intercultural de derechos y de género. p. 16. Disponible en:

Informó que “las causas de muerte materna por hemorragia, sépsis e hipertensión son dos veces mayor en población indígena que no indígena”²⁴.

“En Colombia, los municipios con alta población indígena, el porcentaje de mujeres embarazadas con cuatro o más controles prenatales para el año 2014 fue del 30%, mientras que la media nacional fue de 88,6% (15). En la mayoría de los pueblos indígenas se reportaron barreras geográficas (distancias, escasez de transporte), económicas y culturales para el uso de los servicios de salud”²⁵.

2.3 MARCO LEGAL

Teniendo en cuenta los aspectos legales de nuestro trabajo, es necesario revisar la normatividad vigente que nos permite desarrollar y ampliar la información constatada.

Constitución Política de Colombia, Artículo 4, establece que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado; dispone la obligación de garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. El control prenatal es de suma importancia ya que nos ayudara a determinar tempranamente alguna alteración en el transcurso del embarazo.

En el mismo sentido la Constitución Política de Colombia preceptúa en su Artículo 43 que la mujer gestante durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado.

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33713/9789275319314-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Citado 24 abril 2017.

²⁴ Ibid., p. 16.

²⁵ Ibid., p. 17.

Artículo 176 de la Ley 100 de 1993. En su numeral 4 establece que es función de las Direcciones seccional, distrital y municipal del Sistema de Salud la inspección y vigilancia de la aplicación de las normas técnicas, científicas, administrativas y financieras que expida el Ministerio de Salud sin perjuicio de las funciones de inspección y vigilancia atribuidas a las demás autoridades competentes. Entre estas el control prenatal.

Resolución 0412 del 2000, en la cual se instauran las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. A su vez, en esta resolución se encuentra la Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo del ministerio de salud la cual nos indica que, “las Instituciones de salud que prestan este servicio, deberán contar con la capacidad resolutoria y el equipo de salud capacitado para brindar atención humanizada y de calidad, que garantice una gestación normal y una madre y su hijo o hija sanos”²⁶. Además, Identificar los riesgos relacionados con el embarazo y planificar el control de los mismos, a fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones.

Ley 1438 de 2011, en su artículo segundo establece que el Sistema General de Seguridad Social en Salud estará orientado a generar condiciones que protejan la Salud de los Colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y dentro de los que se debe incluir, entre otros aspectos, la Prevalencia e incidencia en morbilidad y mortalidad materna.

Guía No. 11-15 de 2013²⁷, Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, detección temprana y tratamiento de las alteraciones del embarazo, parto o

²⁶ MINISTERIO DE SALUD. Resolución 0412 de 2000. Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo. p. 1. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/norma-tecnica-para-la-deteccion-temprana-embarazo.pdf>. Citado abril 25 de 2017

²⁷ Ministerio de Salud y Protección Social. Guías de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio. p.1. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Gu%C3%ADa.completa.Embarazo.Parto.2013.pdf>. Citado: 19/11/2017.

puerperio implica estandarizar para Colombia el cuidado de la mujer gestante, enfatizando en la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno de las alteraciones que afectan la gestación en todos los niveles de atención, buscando reducir la morbilidad materna asociada, con el propósito de mejorar la salud materna y la calidad de la atención médica en todos los niveles de atención obstétrica.

Resolución 1709 del 14 de octubre de 2014, por la cual se establecen los criterios y pautas que deben cumplir las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) para mejorar la atención materna.

2.4 MARCO CONCEPTUAL

Salud: “Es el estado de homeostasis (o estabilidad) de un organismo. De esta forma se trata del estado de bienestar que puede ser interpretado por uno mismo, si se está conforme con el estado en el que se encuentra; o bien en forma más científica, por un profesional de la salud”²⁸.

Indígenas: “Personas que pertenecen a un pueblo procedente de una región o territorio donde su familia, cultura y vivencias son nativas del lugar donde nacieron y han sido transmitidas por varias generaciones”²⁹.

Control Prenatal: “Es una política y estrategia internacional para disminuir los índices de mortalidad materno infantil, este proceso busca brindar cuidado a una mujer en periodos de gestación lo cual es una gran responsabilidad para la embarazada, la familia y para el personal de salud”³⁰.

²⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Concepto de salud. Disponible en: <http://concepto.de/salud/>. Citado: 24 abril 2017.

²⁹ Indígenas, Significados.com. Disponible en: <https://www.significados.com/indigena/>. Citado: 19/11/2017.

³⁰ MINISTERIO DE SALUD. Resolución 0412 de 2000. Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo. p. 6. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/norma-tecnica-para-la-deteccion-temprana-embarazo.pdf>. Citado noviembre 14 de 2017

Jaibaná: médico tradicional certificado por la comunidad indígena, su forma de diagnóstico de enfermedades se basa en rezar secretos y observar la orina, además curar con plantas y bebidas con alcohol.

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo trasversal, con abordaje cuantitativo.

3.2 ESCENARIO DEL ESTUDIO

Municipio de Tierralta con la población indígenas Emberá Katíos afiliados a la EPS Cajacopi quien brinda atención integral fomentando la mejora de la calidad de vida, cuenta con una infraestructura adecuada para la atención continua de la prestación de los servicios en salud.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Mujeres indígenas embarazadas, residentes en Tierralta, adheridos e inscritos en el programa de control prenatal en la EPS Cajacopi, de los cuales 40 personas cumplieron con criterios de inclusión, en el primer periodo académico de 2017.

3.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis se compone por 15 embarazadas Emberá Katíos inscritos en un programa de control prenatal en la EPS Cajacopi en Tierralta, en el segundo periodo académico de 2017. Se compone de menos cantidad de mujeres debido a que, por difícil acceso o poca colaboración de la población limitó la aplicación de todas las encuestas.

3.5 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información se obtuvo a partir de una encuesta realizada por las investigadoras, bajo asesoría de la docente encargada, la cual está compuesta por preguntas abiertas y cerradas, se realizó una valoración con las diferentes respuestas de Si, No, Por Qué y Cuáles, que nos permite determinar las características del control prenatal en la población Emberá, se va a complementar la información con las respuestas obtenidas a través de las preguntas abiertas.

3.6 PRUEBA PILOTO

La prueba piloto se realizó en una población con características similares a la del objeto de estudio.

Las indígenas embarazadas fueron seleccionadas a través de la base de datos de la EPS Cajacopi, dos del área rural y dos del área urbana, se realizó la visita en sus viviendas y se explicó en lenguaje sencillo el objetivo de la investigación y de la recolección de los datos, se pidió amablemente la colaboración y participación, además firmaron el consentimiento informado.

Se anexó unas preguntas que ampliara lo que se quería abordar (¿cuántas veces asiste al control prenatal?, ¿qué alimentos consume?, ¿consume bebidas alcohólicas?, ¿asiste a Jaibaná?), además cambiar algunas palabras por un lenguaje más sencillo y fácil de entender, como las indígenas manejan su idioma Emberá, fue necesario la utilidad de personas que tradujeran o leyeran en su idioma las preguntas que ellas no entendían, todas las encuestadas tienen un nivel de estudio muy bajo, por lo tanto sólo saben escribir su firma y leer unas cuantas palabras, en este caso, leíamos las preguntas y anotábamos sus respuestas.

3.7 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.7.1 Criterios de inclusión

Mujeres indígenas Emberá Katío embarazadas residentes en el municipio de Tierralta e inscritas al programa de control prenatal, con disponibilidad y voluntad para participar en el estudio, con capacidad de responder preguntas cerradas y abiertas.

3.7.2 Criterios de exclusión

Mujeres embarazadas no indígenas, mujeres no inscritas al programa de control prenatal.

3.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Los datos obtenidos a partir de la encuesta se recopilaron en una base de datos en el programa Excel, versión 2010, en la cual se tabuló la información.

Posteriormente se interpretó mediante el uso de estadística descriptiva como distribución de frecuencias y su contrastación con el marco teórico que sustenta el estudio.

3.9 ASPECTOS ÉTICO LEGALES

Teniendo en cuenta la normativa señalada en la Resolución 8430 de 1993, expedida por el Ministerio de Salud Colombiano, para la investigación en el área de la salud, este estudio es considerado sin riesgo ético.

Los sujetos vinculados a esta investigación, participaron de manera voluntaria y se les garantizó total prudencia y confidencialidad con la información proporcionada y accedieron a brindar la información y firmaron el Consentimiento informado. Sin embargo, algunas indígenas embarazadas no firmaron el Consentimiento informado por sus creencias, manifestaron que la empresa Urrá S.A. les quitaba el subsidio económico.

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados del estudio están basados en una muestra de 15 indígenas Emberá Katíos embarazadas de Tierralta Córdoba. El análisis de los datos se presenta en el orden de los objetivos propuestos, en tablas y gráficos utilizando los elementos de la estadística descriptiva.

4.1 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

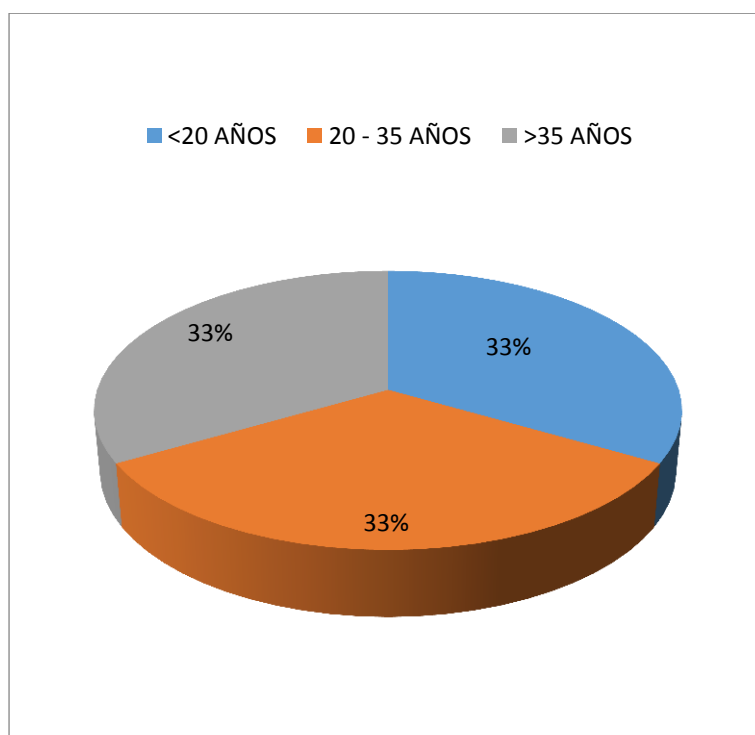
Tabla 1. Grupos de edad

Grupos de edad	N°	%
<20 Años	5	33,3%
20 - 35 Años	5	33,3%
>35 Años	5	33,3%
TOTAL:	15	100%

Fuente: encuestas

Entre las mujeres encuestadas se encontró que hay igualdad de porcentajes para los rangos de edad en las indígenas con un 33,3%, ya que estas mujeres quedan embarazadas a cualquier edad, independientemente del número de hijos que tengan, mientras tengan edad fértil y su pareja las apoye.

Gráfica 1. Grupo de edad



Fuente: encuestas

La gráfica nos muestra que 33% de las mujeres indígenas embarazadas corresponde a las mujeres menores de 20 años y en igual proporción los demás rangos de edad.

Según una investigación del Ministerio de Salud y Protección Social teniendo en cuenta el censo del DANE 2005, “la población indígena el 39,5% era menor de 15 años, el 55,1% eran personas entre 15 y 64 años, el 5,2% de 65 años y mayor”³¹.

Al comparar la población indígena con la población general se observa que este grupo étnico cuenta con una mayor proporción de población joven (menor de 15 años) y en consecuencia con una menor proporción de población adulta (mayor de

³¹ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Perfil de Salud de la Población Indígena, y medición de desigualdades en salud. Colombia 2016. p.29. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Perfil-salud-pueblos-indigenas-colombia-2016.pdf>. Citado: 19 septiembre 2017.

45 años) y también que hay altos índices de natalidad y una mortalidad progresiva según la edad, según el Ministerio de Salud y Protección Social.

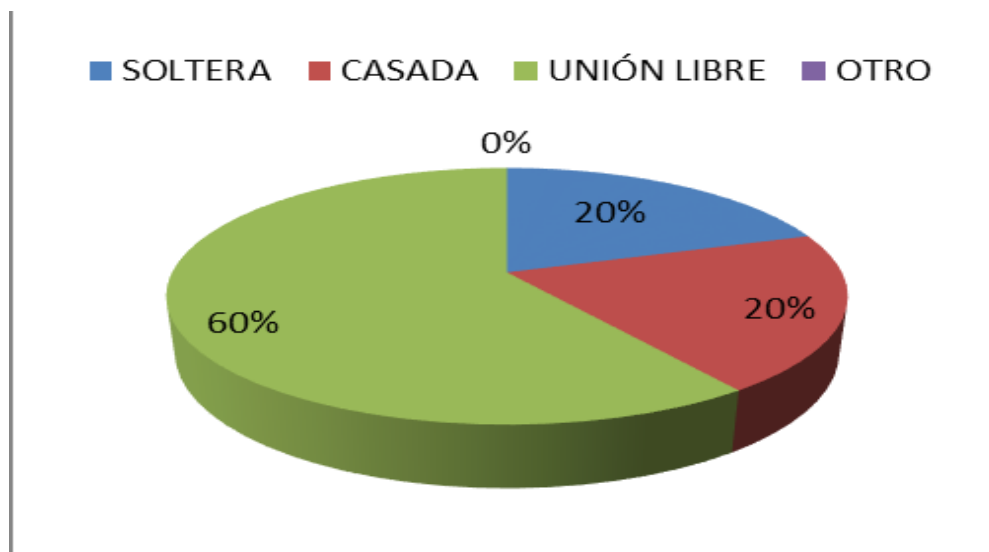
Tabla 2. Distribución según estado civil de la población

Estado civil	Nº	%
Soltera	3	20%
Casada	3	20%
Unión libre	9	60%
Otra	0	0%
Total	15	100%

Fuente: Encuesta aplicada.

Al analizar los resultados de acuerdo a la distribución de estado civil, se evidencia que el 60% de las embarazadas indígenas se encuentran viviendo con sus parejas hace muchos años en Unión libre, debido a que para ellas el matrimonio no es un factor importante, es mucho más importante la aceptación del Noco o líder de cada cabildo.

Gráfica 2. Distribución según Estado civil



Fuente: Encuestas.

Como resultado de investigación se observa una mayor prevalencia de las mujeres indígenas embarazadas en Unión libre donde se evidencia en un 60%, según el DANE, “el 42,4% de las personas de 10 años y más de Tierralta tienen estado conyugal Soltero(a) y el 36,7% Unión Libre”³². Es decir, coincide con nuestro estudio en que la mayoría de la población indígena por sus culturas y tradiciones no contrae unión matrimonial, las Emberá Katíos embarazadas refieren que a partir de su primer menstruación pueden crear su familia, tener pareja conyugal y quedar embarazadas, independientemente de su edad, siempre y cuando el líder de su familia brinde un visto bueno para la nueva unión.

Tabla 3. Nivel educativo

Nivel educativo	N°	%
Analfabetas	3	20%
Primaria incompleta	2	13,3%
Primaria completa	2	13,3%

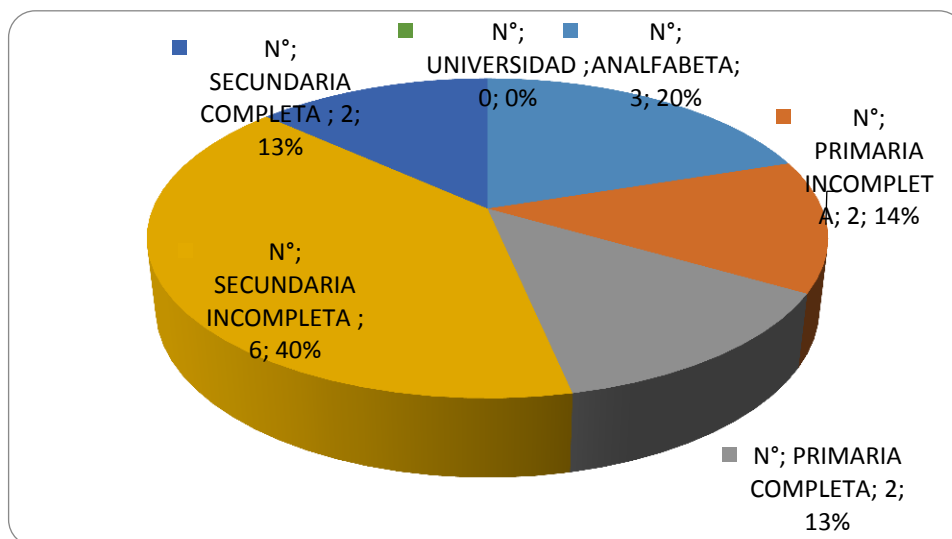
³² DANE DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Boletín, censo general 2005 perfil Tierralta – Córdoba. p. 3. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/censo2005/PERFIL_PDF_CG2005/23807T7T000.PDF. Citado: 19 octubre 2017.

Secundaria incompleta	6	40%
Secundaria completa	2	13,3%
Universidad	0	0,0%
Total	15	100%

Fuente: encuesta

La distribución de los hallazgos evidencia que existe una alta frecuencia de indígenas que no han finalizado sus estudios primarios en donde el 20% de los encuestados se distribuye entre analfabetas, el 13,33% primaria incompleta, el 13,33 a primaria completa, el 13,33 a secundaria completa y el 40% secundaria incompleta estos resultados pueden ser debidos a los elementos propios de la cultura indígena.

Gráfica 3. Nivel educativo



Fuente: Encuesta.

Según lo mostrado en la tabla 3, el 40% de la población encuestada no ha culminado la secundaria e incluso el 20% es analfabeta. Según el censo realizado por el DANE, “el 43,9% de la población residente en Tierralta, ha alcanzado el nivel básica primaria; el 23,2% ha alcanzado secundaria y el 2,8% el nivel superior

y postgrado. La población residente sin ningún nivel educativo es el 24,4%”³³. Estos resultados coinciden en que la mayoría de la población termina la básica primaria pero no el bachillerato y mucho más difícil que quieran acceder a los estudios técnicos y profesionales. La población indígena habla su propio idioma, lo cual hace más difícil que asistan a colegios e instituciones donde hablen Español, son pocos los profesionales licenciados que hablan el idioma Emberá.

Sin embargo, según el Plan de Desarrollo Municipal³⁴, hay instituciones en los reasentamientos indígenas como las escuelas en Beguidó, zona indígena Rio Esmeralda, escuela indígena Zorando , Kiparado, Koredo, escuela rural Mix Doza Tuna, centro educativo Danzatuna (Tundo Doviatura Rio Verde), escuela rural Mix Simbra, Pawarando, entre otros, donde la población de indígenas aproximada que asiste es 1.500, según registros de las mesadas pagadas por la empresa Urra (Sentencia T652 de 1998), la población Emberá Katío de Córdoba, asciende a 6,813 en un total de 3.007 cabildos.

Tabla 4. Estrato socioeconómico

Estrato	N°	%
Estrato 1	5	33,3%
Estrato 2	10	66,6%
Estrato 3	0	0%
Total	15	100%

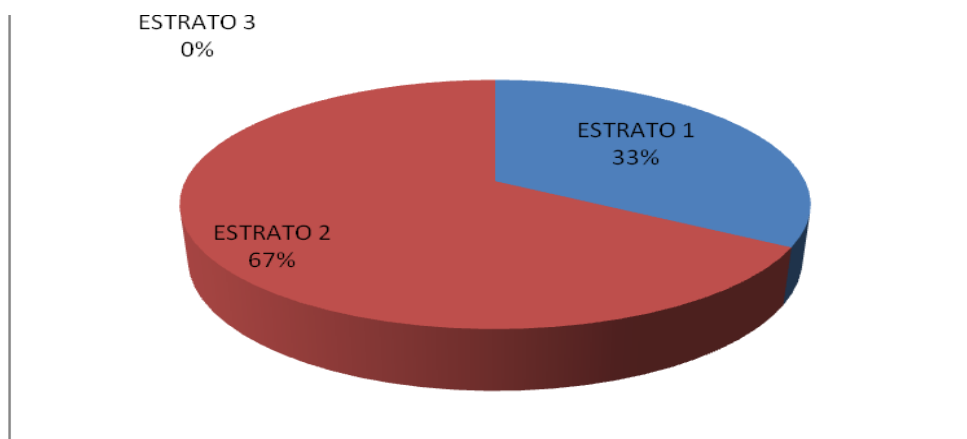
Fuente: encuestas.

La población que se encuentra en el estrato 1 corresponde al 33,33% y el 66,67% al estrato 2, esta población recibe un subsidio mensual por parte de la hidroeléctrica Urrá S.A.

³³ Ibid., p. 3.

³⁴ PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL TIERRALTA – CORDOBA 2016 - 2019. Educación. p. 131. Disponible en: <http://www.tierralta-cordoba.gov.co/Transparencia/PlaneacionGestionYControl/Plan%20de%20Desarrollo%202016-2019.pdf>. Citado: 19 septiembre 2017.

Gráfica 4. Estrato Socioeconómico



Fuente: encuestas

Como resultado se evidenció que el 67% se encuentran en estrato 2 y el 33% en estrato 1, todos reciben una mesada por la hidroeléctrica Urrá mensualmente, tienen medio de transporte como motos, pero con unas deficientes condiciones con la mayoría de sus necesidades básicas de la vida diaria insatisfechas, como son la alimentación, la salud, saneamiento y disposición de excretas.

Por otro lado, teniendo en cuenta los datos ofrecidos por el plan de desarrollo municipal del año 2016 explica que, “No hay una explicación clara para los analistas de él porqué estas comunidades teniendo recursos viven en condiciones de pobreza extrema, pero se cree que básicamente se debe a que la población indígena, no está culturizada ni educada en el manejo de los recursos”³⁵.

Sin embargo, no hay duda de que en las regiones donde habitan en su mayoría los pueblos indígenas se encuentran asociados indicadores que presentan menor acceso a la educación, la salud, la alimentación, el saneamiento básico, entre otros, los cuales son abordados como elementos constitutivos del empobrecimiento de los pueblos Indígenas.

³⁵ PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL TIERRALTA – CORDOBA 2016 - 2019. Educación. p. 42. Disponible en: <http://www.tierralta-cordoba.gov.co/Transparencia/PlaneacionGestionControl/Plan%20de%20Desarrollo%202016-2019.pdf>. Citado: 19 septiembre 2017.

Las mujeres indígenas son las que se quedan en la casa y el hombre es el que sale a trabajar, el 100% de estas son amas de casa, cuidan a sus niños, se encargan de todo los quehaceres del hogar para que cuando lleguen los maridos ya encuentren la comida hecha, y la vivienda en orden y limpia.

Por costumbres y cultura, la mujer es tratada de manera inferior al hombre indígena, debe ser sumisa y mantener en casa la mayoría del tiempo.

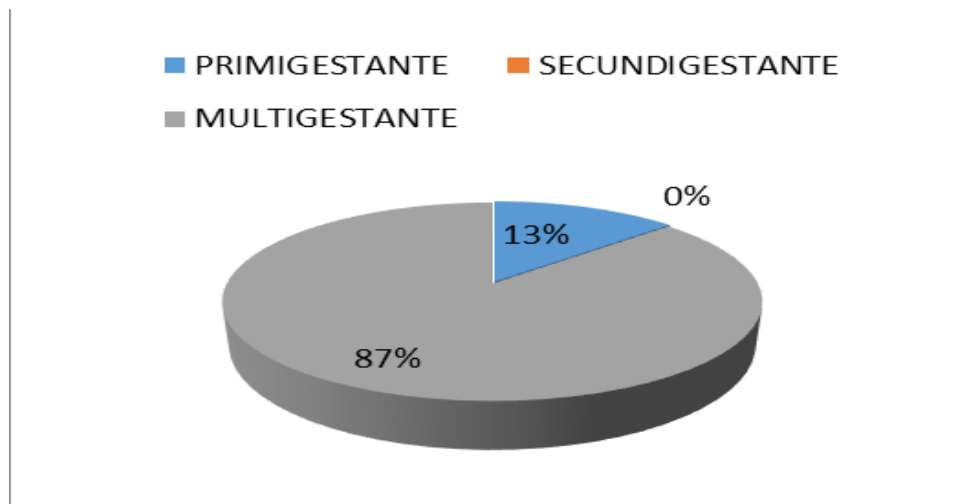
Tabla 5. Tipo de gestantes

Tipo de gestantes	N°	%
Primigestantes	2	13,3%
Secundigestantes	0	0%
Multigestantes	13	86,6%
Total	15	100%

FUENTE: Encuestas

Podemos observar que solo el 13,33% son primigestantes y el 86,67% son multigestantes, esto se debe a que las primigestantes son jóvenes menores de 20 años que apenas están empezando en su tarea como mamás, no se encontró mujeres secundigestantes y están acostumbradas a tener más de 3 hijos.

Gráfica 5. Tipo de gestante



Fuente: Encuestas

Se pudo analizar que la población indígena tiene una concepción diferente referente a la fecundidad, piensan que entre mas hijos tengan mucha mas prosperidad vendrá, sumando a eso que la hidroeléctrica Urrá brinda un subsidio por cada hijo que tengan.

En un estudio realizado en la reserva indígena de Cristianía cuyo objetivo fue caracterizar el calendario reproductivo en las mujeres Chamibida en Antioquia, “se encontró una tasa de fecundidad ajustada de 5,12 hijos”³⁶. A pesar que es una población indígena diferente, arroja unos resultados similares referentes a la concepción y creencias sobre la fecundidad.

De acuerdo con el censo de 2005, “para la población indígena se pudo estimar una Tasa de Fecundidad General de 123,85 y una Tasa Fecundidad Global (TGF) para las mujeres indígenas de 3,85. Comparada con la población general para el mismo año la fecundidad en población indígena era mucho mayor”³⁷.

³⁶ Ibíd., p.32.

³⁷ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL - DANE DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Perfil de Salud de la Población Indígena, y medición de desigualdades en salud. Colombia 2016. p.31. Disponible en:

Teniendo en cuenta la edad de la madre se observa que en ambas poblaciones el inicio de la maternidad se da entre los 10 y los 14 años; sin embargo, en la población indígena en esta edad es dos veces mayor. En las dos poblaciones el pico de la maternidad está entre los 20-24 años, según el Ministerio de Salud y Protección Social.

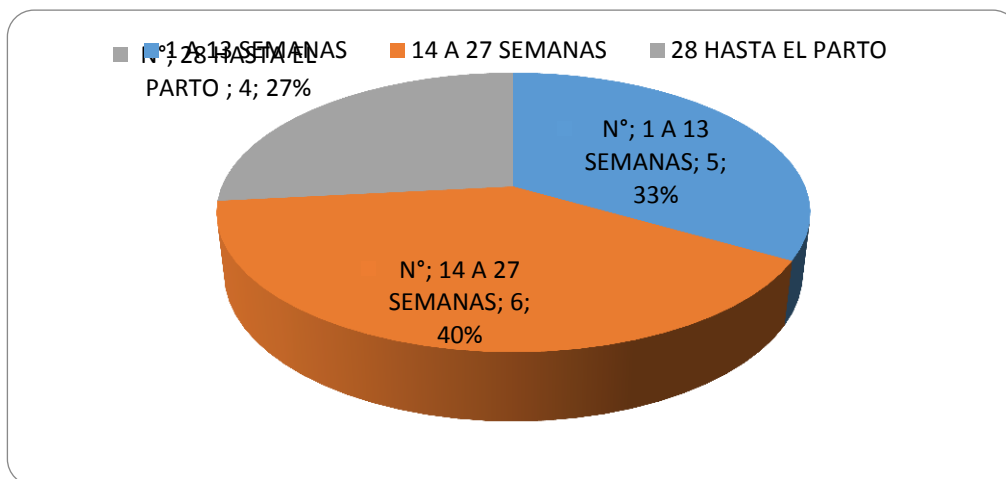
Tabla 6. Edad gestacional

Edad gestacional	N°	%
1 a 13 semanas	5	33,3%
14 a 27 semanas	6	40%
28 hasta el parto	4	26,6%
Total	15	100%

Fuente: Encuestas

Las mujeres saben la edad gestacional debido a que cuentan los meses de amenorrea y notan el crecimiento del abdomen, además de síntomas como náuseas.

Gráfica 6. Edad gestacional



Fuent

e: encuesta

En su mayoría, el 40% de las mujeres se encuentran en edad gestacional aproximada de 14 a 27 semanas y afirman que solo han asistido una vez a control prenatal para que le realicen la ecografía y salir de dudas sobre el sexo el feto.

Las indígenas embarazadas no asisten a controles prenatales ni a la atención del parto, ya que las atiende un Jaibaná en el cabildo, según información del Noko (líder del cabildo La Esmeralda) este se encarga de hacer oraciones para que el niño ni la madre muera, para que los dioses le indiquen por medio de unos tragos de alcohol y secretos si el niño se encuentra en posición podálica o cefálica, ellos afirman que el parto es una línea delgada entre la vida y la muerte, que la mujer en esos momentos no tiene conciencia de lo que va a pasar o está pasando.

4.2 MORBILIDAD EN LAS EMBARAZADAS EMBERA KATÍO

Ninguna de las mujeres embarazadas padece de HTA ni Diabetes, por ello puede continuar sin ningún factor de riesgo que pueda alterar o interrumpir el embarazo.

Tabla 7. Consumo durante el embarazo

Consumo n= 15	Si		No	
	N°	%	N°	%
Bebidas caseras	2	13,3%	13	86,6%
Suplementos	1	6,67%	14	93,3%
Tres comidas	15	100%	-	-
Frutas	15	100%	-	-
Alcohol	-	-	15	100%
Cigarrillo	-	-	15	100%

Fuente: encuesta

El 13,33% consume bebidas caseras, manifiestan que cuando tienen algún dolor hierben plantas “benditas” y cuando se las toman se alivian, pero en cambio el 86,67% manifestaron no consumir ninguna bebida casera “porque le hace daño al bebé”.

Solo el 6,67% se toma el suplemento pero manifestó que se lo toma cuando se acuerda no todos los días y el 93,33% no consume ningún suplemento ya que estas no asisten al control prenatal.

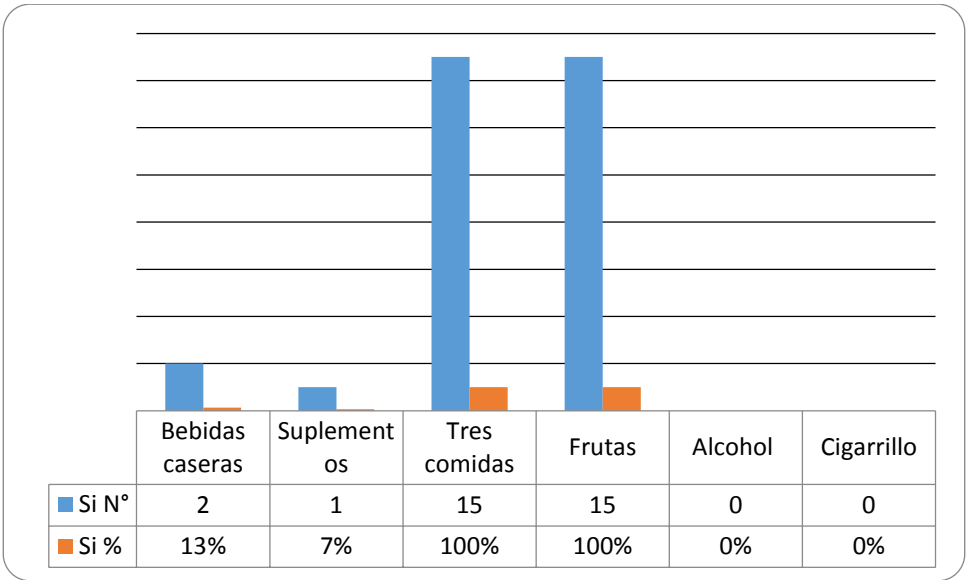
Las indígenas gestantes encuestadas manifestaron que cuando no están embarazadas solo se alimentan 2 veces al día que es el desayuno y el almuerzo, pero durante el embarazo comen 3 veces al día.

En cuanto al consumo de frutas el 100,00% de las mujeres encuestadas comen frutas ya que en sus casas tienen cultivos de estas y de lo que haya en temporada eso consumen (mango, papaya, guayaba, guama, zapote chocoano).

El 100% de las embarazadas no consumen alcohol, porque le hace daño al bebé.

Con relación al consumo de cigarrillo durante el embarazo el 100% de estas mujeres no consume cigarrillo, manifiestan que este es malo para sus pulmones y para el bebé.

Gráfica 7. Consumo durante el embarazo



Fuente: encuesta

Se obtuvo como resultado que el 13,33% consumen bebidas caseras para sentirse mejor, además el 100% de las embarazadas indígenas encuestadas consumen sus 3 comidas diarias y frutas que haya en su vivienda según los cultivos que tengan. Tienen creencias sobre la alimentación que debe ser el consumo de bebidas calientes y alimentos tibios. Un estudio realizado por el Ministerio de Salud y la Organización Nacional de Salud afirma que, “dentro de los cuidados que se debe tener durante la gestación y el puerperio uno de los más importantes se relaciona con la alimentación que retoma la relación termo-dual entre lo frío y lo caliente. Los alimentos adecuados para esta etapa de la vida de una mujer son los

calientes, por sus características intrínsecas contribuyen al “buen llevar” del período de gestación y el posterior puerperio”³⁸.

4.3 CREENCIAS CULTURALES PARA EL CONTROL PRENATAL

Tabla 8. Forma de enterarse del embarazo

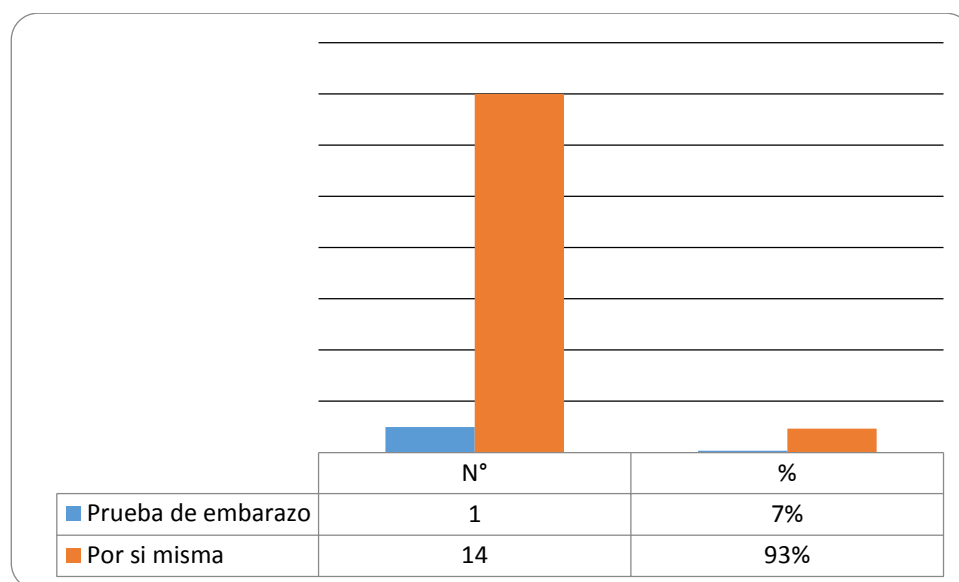
Forma de enterarse del embarazo	N°	%
Prueba de embarazo	1	6,6%
Por si sola	14	93,3%
Total	15	100%

Fuente: Encuesta

Las mujeres indígenas Embera Katíos suelen darse cuenta que están embarazadas porque no les baja el periodo, solo el 6,67% lo confirmó utilizando prueba de embarazo, el 93,33% manifestó ir donde su Jaibaná (medico tradicional) para que les confirmara su embarazo por medio de una muestra de orina.

³⁸ Observatorio Nacional de Salud. Instituto Nacional de Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Salud materna indígena en mujeres Nasa y Misak del departamento del Cauca. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-deaccion/ons/SiteAssets/Paginas/documentosdeinteres/Salud%20materna%20indigena.pdf>. Citado: 30/10/2017.

Gráfica 8. Forma de enterarse del embarazo



Fuente: encuestas

Las mujeres emberá embarazadas se enteran porque sienten náuseas, cambios en sus cuerpos y la presencia de amenorrea, incluso el 93,33% se enteran por si misma o acude a algún Jaibaná o familiar para que la guíe en su proceso de gestación, según la revista publicada por la Universidad Industrial de Santander de una investigación realizada en los indígenas del Cauca indica que, “las diferencias entre los sistemas médicos tradicional y facultativo crean brechas culturales determinando que las mujeres nativas no busquen atención institucional, en ocasiones dejando el cuidado de su salud a los familiares, médicos tradicionales y promotoras”³⁹.

³⁹ MUÑOZ BRAVO, Sandra. CASTRO, Édgar. Interculturalidad y percepciones en salud materno-perinatal, Toribio Cauca 2008-2009. Divulgado por la revista de la Universidad Industrial de Santander. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072012000100005 . Citado: 30/10/2017

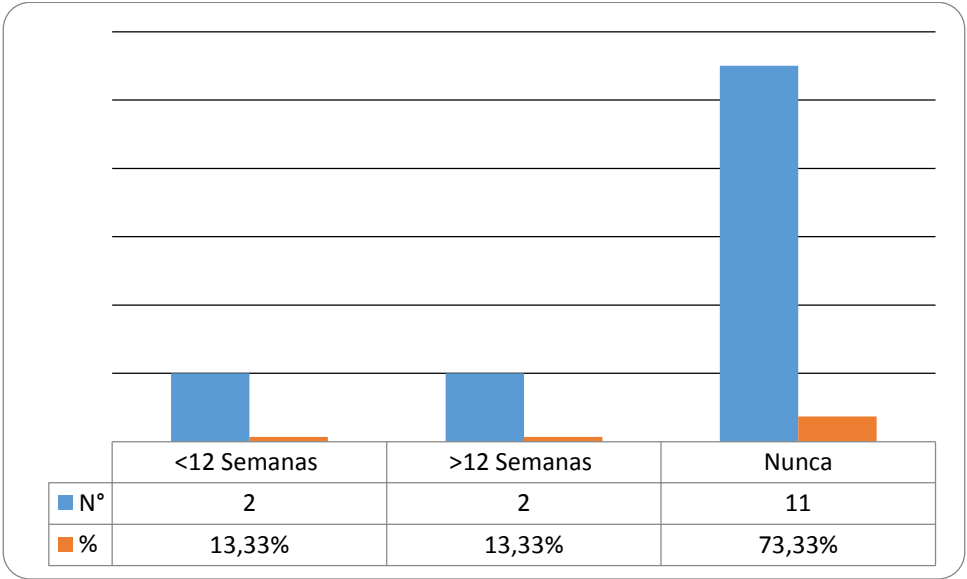
Tabla 9. Consulta para confirmar el embarazo

Consulta para confirmar el embarazo	N°	%
< Semana 12	2	13,3%
> Semana 12	2	13,3%
Nunca	11	73,3%
Total	15	100%

Fuente: encuestas

Solo 4 embarazadas indígenas obtuvieron una cita médica para confirmar su embarazo, las demás embarazadas 73,3% nunca asistieron al médico, ya que asisten donde el médico tradicional o Jaibaná.

Gráfica 9: Consulta para confirmar el embarazo



Fuente: Encuesta

Según el estudio realizado, el 73.33 % de las emberá Katíos no asiste a confirmar el embarazo a centros de salud porque no lo consideran necesario, prefieren asistir a los médicos tradicionales, respecto a lo anterior una investigación

realizada por un grupo de profesionales en el área de la salud, “Las gestantes y puérperas Nasa conservan las tradiciones propias de su cultura. El embarazo es considerado un periodo cálido y la mayoría de las mujeres acuden a los médicos tradicionales para la confirmación del embarazo, quienes lo hacen a través de la fuma del tabaco y la mambiada de coca. Aunque muchos de los embarazos no son planeados, representan felicidad y unión familiar”⁴⁰.

Tabla 10. Asistencia a Jaibaná

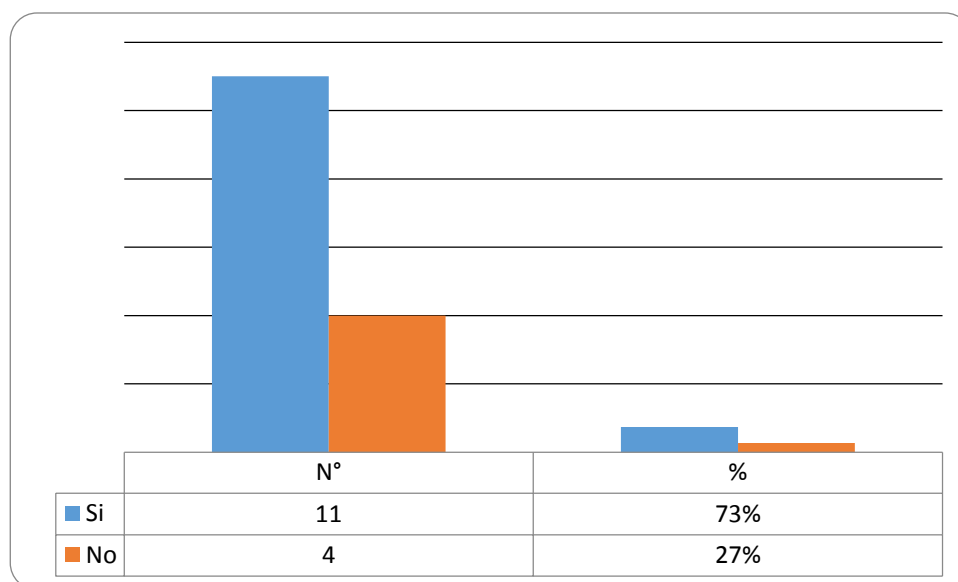
Asistencia a Jaibaná	N°	%
Si	11	73,3%
No	4	26,6%
Total	15	100%

Fuente: encuesta

El 73,33% asiste al Jaibaná (medico tradicional de su cultura), el cual les confirma el embarazo, les dice el sexo del bebé, atiende los partos, con rezos, con bebidas de plantas y con bebidas alcohólicas, manifestaron que las hace sentir mejor y no se enferman gracias a este médico; el 26,67% manifestó no asistir donde el Jaibaná porque no le tienen confianza.

⁴⁰ MUÑOZ BRAVO, Sandra. CASTRO, Édgar. Interculturalidad y percepciones en salud materno-perinatal, Toribio Cauca 2008-2009. Divulgado por la revista de la Universidad Industrial de Santander. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072012000100005 . Citado: 30/10/2017.

Gráfica 10. Asistencia a Jaibaná



Fuente: Encuesta

La asistencia al control prenatal en los centros de salud está disminuida para la población indígena, “estos indicadores están por debajo de los que presenta la población no indígena, lo que puede estar mostrando una dificultad de acceso físico a los centros de salud, como también puede sugerir una menor accesibilidad cultural, posiblemente asociada a una manera sociocultural particular de aproximarse a este evento y a una limitada pertinencia de los programas de salud materno-infantil”⁴¹.

Tabla 11. Piensa que no necesita realizarse Control Prenatal CP

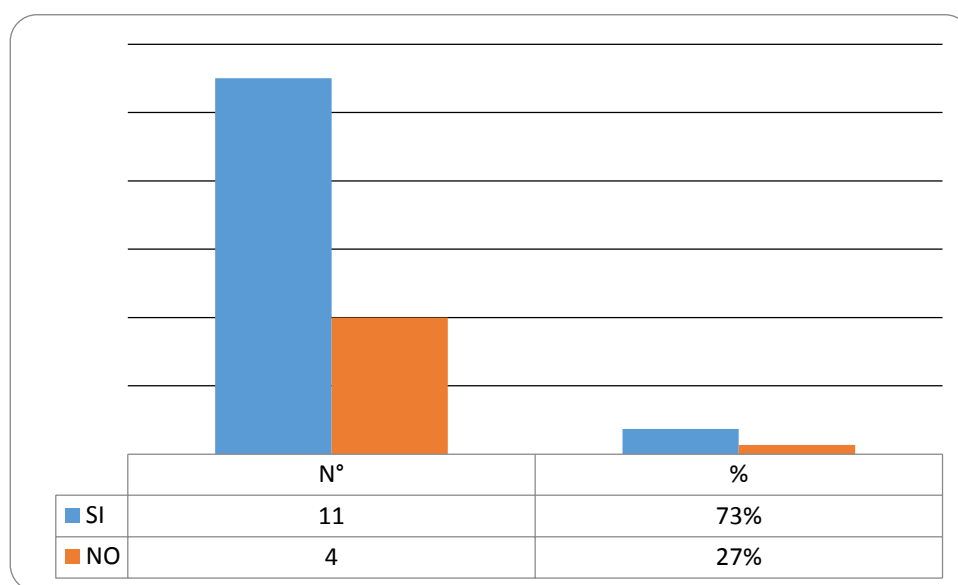
Piensa que no necesita realizarse CP	N°	%
Si	11	73,33%
No	4	26,67%
Total	15	100,00%

Fuente: Encuesta

⁴¹ Ibid., p.104.

El 73,33% de las mujeres indígenas embarazadas manifestaron que no tienen la necesidad de asistir al control prenatal, además, no tienen tiempo ni pasajes para asistir, sólo asisten para saber cuantos meses tienen y para conocer el sexo del bebé, que saben cuidarse solas y que el médico tradicional les responde todas sus inquietudes y las atienden todo el tiempo, el 26,67% manifestó que si necesitaban asistir, pero que por difícil acceso geográfico o por falta de dinero no asistían.

Gráfica 11. Piensa que no necesita realizarse Control Prenatal



Fuente: encuesta

La importancia de la asistencia a los centros de salud para el control prenatal es poca, debido a que la población indígena embarazada refiere que el Jaibaná les enseña los cuidados durante el embarazo en su cabildo, por lo anterior los porcentajes de asistencia van disminuyendo desde “el año 2013 donde en la población indígena el porcentaje de nacidos vivos con más de cuatro consultas de control prenatal fue de 54,17%; para la población no indígena en el mismo año fue

de 87,19%. La diferencia relativa en 2009 era de 48% a favor de la población no indígena. Esta brecha se amplió para 2013 con una diferencia de 61%”⁴².

⁴² Ibíd., p.101.

5. CONCLUSIONES

El estudio permitió conocer las características del Control Prenatal en las embarazadas indígenas Embera Katíos.

- **Caracterización de la población según aspectos sociodemográficos**

La mayoría de las indígenas embarazadas tienen edad entre 20 a 35 años, se encuentran en unión libre, es suficiente con tener hijos y ser aceptados por el Noco o líder del Cabildo; son amas de casa, cuidan a sus niños, se encargan de todo los quehaceres del hogar se quedan en la casa y el hombre sale a trabajar, son de estrato 2 y 1, estudiaron secundaria incompleta seguido de analfabetas, toda la población tiene acceso al Régimen Subsidiado en la EPS Cajacopi.

- **Morbilidad en las embarazadas Embera Katío**

No padecen HTA ni Diabetes, consumen bebidas caseras, cuando tienen algún dolor hierben plantas “benditas” y cuando se las toman se alivian.

- **Creencias culturales para el Control Prenatal**

Las mujeres indígenas Embera Katíos suelen darse cuenta que están embarazadas porque no les baja el periodo, la edad gestacional actual aproximada de 14 a 27 semanas, no asisten a controles prenatales ni a la atención del parto, ya que las atiende un Jaibaná en el Cabildo, asisten una vez a control prenatal para que le realicen la ecografía y salir de dudas sobre el sexo el feto.

Asisten al Jaibaná (medico tradicional de su cultura), el cual les confirma el embarazo, les dice el sexo del bebé, atiende los partos, con rezos, con bebidas de plantas y con bebidas alcohólicas, manifestaron que las hace sentir mejor y no se enferman gracias a este médico tradicional.

Piensan que no necesita realizarse Control Prenatal CP, porque al ir al médico se demoran en realizarse los exámenes y en atenderlas, además no tienen tiempo ni pasajes para asistir, solo asisten para saber cuántos meses tienen y para conocer el sexo del bebé.

6. RECOMENDACIONES

A LA UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA:

- Implementar estrategias educativas con apoyo del programa de Enfermería en el área de salud comunitaria para educar a los indígenas Emberá Katíos.
- Continuar con estos estudios en esta zona de resguardos indígenas, considerando la importancia de conocer su cultura, creencias y la forma como cuidan su salud.
- Promover los programas universitarios de la Universidad de Córdoba en esta región.

A LA COMUNIDAD EMBERÁ KATÍOS:

- Implementar estrategias que fortalezcan el control prenatal en la población Emberá Katíos.
- Capacitar al Jaibaná sobre la importancia de un correcto Control Prenatal para fortalecer la supervivencia del binomio madre e hijo.
- Solicitar a la EPS la capacitación sobre aspectos de cuidados de la salud para prevenir enfermedades dadas sus condiciones socio económicas.

BIBLIOGRAFÍA

ACOSTA INFANTE, Yenica y SEGURA, Omar. Indígenas gestantes en la Ribera del Amazonas, Colombia, 2009: conocimientos, actitudes y prácticas. p. 6. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v13n22/v13n22a02.pdf>. Citado: abril 24 de 2017.

ÁNGELES, Gloria; ROJAS, Flaviano; MACIEL, Alejandra, percepción de la embarazada sobre la atención brindada en el Control Prenatal. p. 9. Disponible en: http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol5/1_PERCEPCION.pdf. Citado: abril 24 de 2017.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA DANE. Boletín, censo general 2005 perfil Tierralta – Córdoba. p. 3. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/censo2005/PERFIL_PDF_CG2005/23807T7T000.PDF. Citado: 19 octubre 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD INS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD OPS – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OMS. Reducción de la mortalidad materna y neonatal con enfoque intercultural de derechos y de género. p.16. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33713/9789275319314-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Citado 1 marzo 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD INS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD OPS – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OMS. Resultados de la implementación del sistema de vigilancia de la mortalidad materna basada en la Web, Colombia, 2015. p. 12.. Disponible en: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=2698:resultados-de-la-implementacion-del-sistema-de-vigilancia-de-la-mortalidad-materna-basada-en-la-web-colombia-2015&catid=683:pwr-office-colombia&Itemid=361. Citado marzo 1 de 2017.

MARRINER TOWEY, Ann y RAILE ALLIGOOD, Martha. Teoría General de la Enfermería. Elsevier. Barcelona, p. 13. Citado: 25 abril 2017.

MINISTERIO DE SALUD. Resolución 0412 de 2000. Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo. p. 1, 6, 11. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/norma-tecnica-para-la-deteccion-temprana-embarazo.pdf>. Citado octubre 19 de 2017

MINISTERIO DEL INTERIOR. SISTEMA DE INFORMACIÓN INDÍGENA DE COLOMBIA SIIC. Plan de salvaguarda étnica del pueblo Emberá Katío del Alto Sinú. p. 37. Disponible en: [http://observatorioetnicocecoin.org.co/cecoin/files/P_S%20Ember%C3%A1%20\(C%C3%B3rdoba\).pdf](http://observatorioetnicocecoin.org.co/cecoin/files/P_S%20Ember%C3%A1%20(C%C3%B3rdoba).pdf). Citado Febrero 27 de 2017.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Perfil de Salud de la Población Indígena, y medición de desigualdades en salud. Colombia 2016. p.29, 31, 92.. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/Perfil-salud-pueblos-indigenas-colombia-2016.pdf>. Citado: 19 septiembre 2017.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD OPS – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OMS. Boletín del Centro Latino Americano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP). Disponible en: http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/BOLETIN%2010.pdf. Citado Febrero 27 de 2017.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD OPS. COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE CEPAL. Salud materno infantil de pueblos indígenas afrodescendientes de América Latina: una relectura desde el enfoque de derechos. Santiago de Chile, 2010. p. 22. Disponible en: http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/8/41668/P41668.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom_ind.xslt. Citado Febrero 27 de 2017.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OMS. Concepto de salud. Disponible en: <http://concepto.de/salud/> Citado: 24 abril 2017.

PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL TIERRALTA – CORDOBA 2016 - 2019. Educación. p. 42, 131. Disponible en: <http://www.tierralta-cordoba.gov.co/Transparencia/PlaneacionGestionControl/Plan%20de%20Desarrollo%202016-2019.pdf>. Citado: 19 septiembre 2017.



UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA

Rumbo a la
**ACREDITACIÓN
INSTITUCIONAL**

ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Resolución 008430 del Ministerio de Salud)

CARACTERÍSTICAS DEL CONTROL PRENATAL EN POBLACION INDIGENA

EMBERÁ KATÍO DE TIERRALTA – CORDOBA 2017

OBJETIVO DE ESTUDIO: Determinar las características de la asistencia a Control prenatal de la población Emberá Katío de Tierralta, Córdoba, con el fin de proponer estrategias de intervención para contribuir a mejorar la salud materno infantil de esta población.

Información sobre la participación: Usted está siendo convidada a participar en una encuesta, tendiente a identificar las prácticas utilizadas por usted relacionadas con el cuidado de su salud en el periodo de embarazo.

Los principios que serán aplicados a todos los participantes de este estudio serán los siguientes: 1) Su participación es totalmente voluntaria, 2) Usted, puede salir del estudio en cualquier momento que lo desee; 3) Después de leídas las explicaciones usted podrá hacer cualquier pregunta necesaria que le permita entender la naturaleza del estudio.

Procedimientos a seguir: Se le realizará una encuesta directa con aspectos a evaluar sobre las características de la asistencia a Control Prenatal.

Confidencialidad: La privacidad de las informaciones será garantizada por los investigadores del estudio y su utilización obedecerá estrictamente a objetivos científicos. Los sujetos que participen en esta investigación tendrán acceso a la información generada por la misma. Si usted no entendió alguna parte de este documento, pregunte al investigador antes de firmar.

Reconozco el recibimiento de este acuerdo constituido por un consentimiento informado y acepto participar en este estudio.

Firma del participante

Fecha

Firma del investigador

Fecha



**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA**

Rumbo a la
**ACREDITACIÓN
INSTITUCIONAL**

ANEXO B. ENCUESTA

**CARACTERÍSTICAS DEL CONTROL PRENATAL EN POBLACION INDIGENA
EMBERÁ KATÍO DE TIERRALTA – CORDOBA 2017**

Objetivo: Determinar las características de la asistencia a Control prenatal de la población Emberá Katío de Tierralta, Córdoba, con el fin de proponer estrategias de intervención para contribuir a mejorar la salud materno infantil de esta población.

Encuesta N° _____ Fecha _____

Marque con una **x** la casilla que mejor describa su comportamiento, la información suministrada será utilizada únicamente para fines de esta investigación.

I. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Tabla 1. Variables socio demográficas

Variables	Categorías	Marque con una X
Estado civil	Soltera	
	Casada	
	Unión libre	
	Otro	
Nivel educativo	Ninguno	
	Primaria incompleta	
	Primaria completa	
	Secundaria incompleta	
	Secundaria completa	
	Universidad	
	Otros	
Régimen de seguridad social	Contributivo	
	Subsidiado	
	Otros	
Nivel de estrato	Nivel 0	
	Nivel 1	
	Nivel 2	

	Nivel 3	
	No sisbenizado	
Situación laboral	Empleada	
	Trabaja independiente	
	Trabajador informal	
	Desempleada	
	Ama de casa	
Grupo de edad	<20 años	
	20 – 35 años	
	>35 años	
Vivienda	Urbana/casa	
	Rural /tambo	

Tabla N° 2. Variables sobre la gestación

Variables	Categorías	Respuesta
Tipo de gestante	Primigestante	
	Secundigestante	
	Multigestante	
Edad gestacional (semanas)	1 a 13 semanas	
	14 a 27 semanas	
	28 hasta el parto.	
Factores de riesgo	Diabetes mellitus	
	Hipertensión arterial	
Actividad física	Trotar	
	Caminar	
	Bailar	
	Otras	
Número de comidas	Una comida	
	Dos comidas	
	Tres comidas	
	>3 comidas	
Consumo de bebidas caseras	Si	
	No	
	Cuáles	
Consumo de suplementos nutricionales (calcio, hierro, ácido fólico)	Si	
	No	
Consumo de frutas	Si	
	No	
	Cuáles y Por qué?	

Consumo de verduras	Si	
	No	
	Cuáles y Por qué?	
Consumo de cigarrillo	Si	
	No	
	Por qué?	
Consumo de licor	Si	
	No	
	Por qué?	
Enfermedades durante el embarazo	Si	
	No	
	Cuál?	


Tabla N° 3 Creencias culturales durante la gestación

Variables	Categorías	Respuesta
¿Cómo se enteró del embarazo?	Prueba de embarazo	
	Por si misma	
Consulta para confirmar el embarazo	< 12 semanas	
	>12 semanas	
	Nunca	
Consumo de bebidas caseras durante el embarazo	Si	
	No	
	Cuáles	
Asistencia a revisión con el Jaibaná (partera) en lugar de un médico	Si	
	No	
	Por qué?	
Asiste al control prenatal	Si	
	No	
	Algunas veces	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6.
	Por qué?	
Razones para no hacer el Control Prenatal: No sabe dónde realizan el CP	Si	
	No	
	NA	
Piensa que no necesita control prenatal	Si	
	No	

iiiiii GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!!!!

ANEXO C.

SOLICITUD DE INFORMACIÓN



UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Rumbo a la
**ACREDITACIÓN
INSTITUCIONAL**

Montería, 8 de junio de 2017

Doctora
ALCIRA PEDRAZA SEÑAS
Coordinadora Seccional Córdoba
Montería.

Cordial saludo.

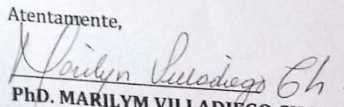
El Comité de Investigación y Extensión de la Facultad Ciencias de la Salud, dio su aprobación al proyecto titulado: **"CARACTERÍSTICAS DEL CONTROL PRENATAL EN INDÍGENAS EMBERA KATÍO DE TIERRALTA CÓRDOBA 2017"** Este proyecto viene siendo desarrollado por las estudiantes del Programa de Enfermería: Eliana Negrete Escorcía y Yannin Zapata Morelo; quienes en estos momentos iniciaran el proceso de recolección de la información.

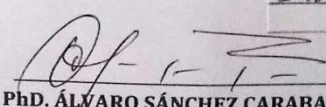
Teniendo en cuenta lo antes expuesto, solicitamos su valiosa colaboración, para que las estudiantes antes mencionadas, puedan acceder a la información requerida para su estudio.

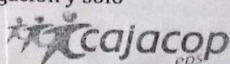
Es importante aclarar, que la recolección de los datos, se hará de forma aleatoria escogiendo una muestra representativa de las mujeres Emberas embarazadas guardando los principios de confidencialidad, éticos y legales de la investigación y solo harán parte de la muestra las que previamente autoricen su participación.


Le agradecemos su colaboración al respecto.

Atentamente,


Ph.D. MARILYM VILLADIEGO CHAMORRO
Coordinadora Comité de Investigación
Facultad Ciencias de la Salud


Ph.D. ÁLVARO SÁNCHEZ CARABALLO
Coordinador Trabajo de Grado
Programa Enfermería


SECCIONAL CÓRDOBA
RADICADO
09-06-17
Juana Torres
3:57 pm


"VIGILADA MINEDUCACIÓN"

Carrera 6ª. No. 76-103 Montería-NIT. 891080031-3-Teléfono:(57) (4)7860920 – 7860381 www.unicordoba.edu.co

Comprometida con el desarrollo regional